Lane Medical Library 1887

Zur Casuistik der Leberkrankheiten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 23. März 1887

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Carl Schinke

pract. Arzt

aus Ellsnig in Oberschlesien.

Opponenten:

Dr. med. *Otto Dalmer*, Assistenzarzt der med. Klinik.
Drd. *Ferd. Frank*, pract. Arzt.
Drd. *V. Ullrich*, prakt. Arzt.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1887

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0099

Seinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Durch die Güte des Herrn Geh. Med.-Rathes Mosler, dem ich hiermit meinen Dank abstatte, wurden mir zwei Fälle von Leberabscess, die in der letzten Zeit auf der hiesigen med. Klinik zur Beobachtung kamen, zur Veröffentlichung überwiesen. Bevor ich jedoch die Krankengeschichten mitteile soll in kurzem auf die Aetiologie der Hepatitis suppu rativa, namentlich auf die der südlichen Klimate eingegangen werden.

In den gemässigten Breitegraden ist der Leberabscess eine im allgemeinen selten zur Beobachtung kommende Erscheinung; ihr Vorkommen wird in der Zusammenstellung von Bückling auf 1,5% sämmtlicher Krankheiten angegeben, während in den südlichen Gegenden die Krankheit 5% der Morbidität und darüber beträgt. Diese geringe Neigung der Leber zur acut. interstitiellen Entzündung hängt zum grossen Teil wohl damit zusammen, dass im normalen Zustande das inter- sowie intraacinöse Bindegewebe ziemlich spärlich vorhanden ist, in welchem sich die Entzündungen abspielen. Auf dieser histologischen Eigenschaft der Leber basirt naturgemäss auch die, dass sich die eitrigen Entzündungen dieses Organes wenig oder fast gar nicht diffus verbreiten, sondern mehr circumscript auftreten. Die Zahl der Eiterherde wird von Frerichs auf 1—3 angegeben, jedoch treten sie auch, namentlich bei pyaemischen Prozessen multipel und durch die

ganze Leber verbreitet auf. Sie sind dann meist klein hasel- bis wallnussgross. Bekannt ist, dass namentlich die Leberabscesse südlicher Gegenden meist solitär und oft in enormer Grösse auftreten, ein Punkt, auf den weiter unten noch näher eingegangen werden soll. Der Sitz des Eiterungsprozesses ist gewöhnlich der hintere Teil des rechten Leberlappens, wenigstens giebt Frerichs das Verhältnis zwischen dem linken und rechten Lappen von 1 : 30 an. Bald kann der Prozess mehr in der Tiefe, bald näher der Oberfläche sich abspielen, und nur in soferne ist ein Unterschied in ihrem Verlaufe gemacht worden, als die tiefer gelegenen langsamer und tückischer auftreten. Wie der Abscess zerstörend wirken und enorm gross werden kann zeigt ein von Rouis in Algier beobachteter Fall bei welchem der Abscess sich durch die ganze Leber erstreckte und beide Lappen zerstört hatte. Die Eitermenge betrug $4^1/_2$ Liter und war von einer nur $^1/_2$ cm dicken Schicht von Leberparenchym umschlossen. Einen grossen Prozentsatz der bei uns vorkommenden Abscesse machen diejenigen aus, zu welchen der Grund in den Tropen gelegt ist. Namentlich sind es Matrosen und Kaufleute, die die erste Anlage dazu aus den südlichen Gegenden mitbringen.

Als Aetiologie giebt Frerichs in seinem Werke über die Leberkrankheiten folgende ursächlichen Momente für den Leberabscess an:

1) Contusion der Leber durch Stoss, Schlag, Fall oder andere traumatische Einwirkungen.
2) Leberentzündung in folge von Metastasen bei Pyaemie.
3) Entzündung und Verschwärung der Gallenwege.
4) Entzündung und Ulcerativprozesse des Gastrointestinaltractus.

Die gewaltsamen Eingriffe, denen bei Sturz von bedeutender Höhe, beim Fall auf scharfe Kanten oder Ecken

bei starken Stössen die Lebergend so häufig ausgesetzt ist, verursachen im Allgemeinen selten eine traumatische Hepatitis und daher muss die äussere Gewalt gross sein, oder es müssen besonders ungünstige Bedingungen vorhanden sein, wenn der Schutz, welchen der Leber die Rippenbögen und die Verschieblichkeit gewähren nicht ausreichen soll. Unzweifelhaft sind solche Fälle, wenn auch in sehr geringer Anzahl, von verschiedenen Autoren, wie Andral Budd Morehead und Mosler beobachtet wurden: Morehead giebt unter den ihm vorgekommenen 318 Fällen nur 4 dieser Art an, Bückling dagegen kann unter seinen 36 Fällen keinen mit einer derartigen Entstehungsursache nachweisen. Jedoch wird keine auch noch so starke mechanische Läsion der Lebergegend, abgesehen natürlich von den penetrirenden mit der äusseren Luft in Verbindung stehenden Verletzungen nach unsern jetzigen Erfahrungen über Eiterung je Suppuration erzeugen können, wenn nicht an diesem Orte der durch die Läsion geschaffenen geringen Widerstandsfähigkeit, Mikroorganismen resp. die Produkte ihrer vitalen Thätigkeit einwirken. Diese Entzündungs- resp. Eiterungserreger müssen auf irgend eine Weise in den Körper und dann in den Blutstrom gelangen, durch welchen sie an die gefährdete Stelle herangeführt wurden. Auffallen kann diese Thatsache nicht, da in der Entstehung der acut. eitrigen Osteomyelitis und den tuberculösen Knochen- und Gelenkentzündungen Analoga gegeben sind.

Ähnlich verhält es sich mit der Hep. supp., die ihre Entstehung Gallensteinen, sowie Entzündungen und Verschwärungen der Gallenwege verdankt, und die nach Frerichs circa 70% betragen soll. Hier bildet das Trauma der in dem ausgeweiteten Gallengange sich befindende Stein, der das umgebende Gewebe reizt und zur Ulceration bringt. Doch auch hier würde sich ein Abscess

nicht entwickeln können, wenn nicht, da die Galle a
und für sich keine Eiterung erzeugen kann, Mikroorg
nismen als Eiterungserreger durch den Blutstrom an d
lädirte Stelle gebracht würden. Da nun die Gallenstei
meistens multipel auftreten, so sind auch die daran sic
anschliessenden Abscesse zahlreiche und daher auch g
wöhnlich nur kleine. Fälle dieser Art veröffentlichte
Lebert, Frerichs und Cohnheim. Unter den 36 Se
tionsberichten über Leberabscess von Bückling finde
sich 3, in denen die Eiterung durch Gallensteine hervo
gerufen wurde. Sehr selten findet man, dass Abscesse dur
in die grössern Gallengänge eingewanderte Spulwürm
erzeugt werden. Ein derartiger Fall wird von Kirklan
berichtet, wo ein in der Höhe der 12 Rippe zum Durch
bruch kommender Leberabscess nebst einer Masse vo
Eiter auch einen Spulwurm zu Tage förderte. Auch Fäl
wo per Contiguitatem namentlich durch ein Ulcus ventri
die Leber afficirt wurde sind in der Literatur wenig ver
treten. Sehr häufig dagegen kommt es vor, dass ei
Echinoccockensack in Eiterung übergeht, und diese Ent
stehungsart ist, wenn sonst keine anamnestischen Anhalts
punkte vorliegen, bei Constatiernng eines Leberabscesse
diejenige, an welche man in unseren Gegenden zunächs
zu denken hat.

Am häufigsten jedoch von allen Entstehungsarten de
acut. intersit. Hep. ist diejenige, die auf embolischem resp
metastatischem Wege entsteht, jedoch ist dieses Gebie
teilweise noch ein ziemlich umstrittenes. Auf eine drei
fache Art kann nach den bisherigen Erfahrungen der in
fectiöse Stoff in die Leber gelangen und zwar vor allen
unbestritten durch Leberarterie und Pfortader, und i
sehr zweifelhafter Weise auch durch die Lebervenen
Allerdings ist auch die Art und Weise, wie ein Embolus
namentlich aus peripheren Körperstellen, durch die Arteri

in die Leber gelangen kann, ohne vorher Metastasen, namentlich in den Lungen hervorzurufen, viel discutirt worden. Doch sprechen verschiedene Beobachtungen, und namentlich die Versuche von Weber sehr zu Gunsten derjenigen Fälle, in denen zwar keine Metastasen in der Lunge erzeugt wurden, sich aber doch Abscesse in der Leber vorfanden. Auf Schwierigkeiten stesst die Erklärung der Abscesse nicht bei Endocarditis und ulcerativen Prozessen in der Lunge. Hier gelangen einfach Eiterpartikelchen und Infectionserreger, bei dem ersteren Leiden direkt, bei dem anderen erst nach Ueberführung durch die Lungenvenen in das linke Herz, in die Aorta und von hier in die Leberarterie. Immerhin sind aber die embolischen Abscesse in der Leber seltener als die in Nieren und Milz, und hierfür hat man als Grund den scharfwinkligen Abgang der Leberarterie sowie das enge Kaliber derselben angegeben, und auch den Umstand angeführt, dass sie keine Endarterien im Sinne Conheims besitzt. Ein Embolus oder Thrombus könnte demnach weder jemals einen hämorrhagischen Infarct noch auch sich daran anschliessende Nekrose verursachen, die so oft im Gefolge von Verstopfung der Endarterien eintritt; erst dann, wenn Amyloid oder Cirrhose der Leber sich entwickeln, könnte ein Infarct entstehen.

Durch die Conheimschen Versuche, bei welchen direkt Eiter in die Aorta thoracica injiciert wurde, und wonach multiple Abscesse in der Leberperipherie auftraten, ist dies in sehr exquisiter Weise bewiesen. Anders verhält es sich jedoch, wenn Eiterungsprocesse in peripher gelegenen Stellen des Körpers auftreten und darnach Lebervereiterung bemerkt wurde. Das Blut, das durch die beiden Hohlvenen nach dem Herzen und von hier aus in die Arterien zurückgeführt wird, muss erst den kleinen Kreislauf passieren, und somit würden, wenn abnorme

körperliche Bestandteile dem Blut beigemengt wären, die hier aufgehalten und liegen bleiben müssen; die Lunge würden somit gewissermassen einen Filter darstellen un naturgemäss am ersten Metastasen aufweisen. Treten nu auch ausser den Abscessen in der Leber brandige Herd in der Lunge auf, so wird die Erklärung der Metastase in der Leber nicht schwer fallen, da man so ziemlich sich annehmen kann, dass die Eiterherde in der Lunge d primären, und die in der Leber die sekundären sind, vo ausgesetzt, dass auch das pathologische Verhalten derselbe damit übereinstimmt, dass also die ersteren auch die ältere sind. Ausschlaggebend werden hier sein müssen der Ze fall der Eiterkörperchen im Abscess, ob eine reaktive En zündung in der Umgebung sich gebildet hat oder ein pyogene nembran bereits zur Bildung gekommen ist.

Da nun in der That Beobachtungen vorliegen, b denen Eiterungsprocesse in peripheren Körperstellen vo lagen, und die keine Metastasen in der Lunge, wohl ab in der Leber verursachten, so wurde von Billroth un Weber angeführt, dass die feinen infectiösen Partikelche welche den Lungenkreislauf passierten, sich während ihre weiteren Wanderung in der Blutbahn durch Niederschlage von Faserstoff vergrösserten und dadurch zur Verstopfun der feineren Zweige der Arteria hepatica geeignet gemach würden. Sehr effektvoll ist die Entdeckung O. Weber der in der menschlichen Lunge eine direkte Verbindun von grösseren arteriellen Gefässstämmchen mit venöse gefunden hat, und somit die Möglichkeit des Uebergange selbst etwas grösserer Emboli aus den Hohlvenen in da Aortensystem gegeben ist. Bekannt ist, dass sich nament lich nach Knocheneiterungen sehr häufig Abscesse in ent fernt liegenden Organen und somit auch in der Lebe bilden, ein Umstand, der seinen Grund hauptsächlich dari hat, dass die Venen der Knochen infolge ihres festen An

naftens an dem umgebenden Knochengewebe nicht kolla-
bieren können und somit der Resorption von Eiterpartikel-
chen absolut kein Hindernis in den Weg gelegt ist. Auf
diesen Umstand ist das häufige Vorkommen von Leber-
abscess bei Kopfverletzungen von Bichat und Desault
zurückgeführt worden, doch steht statistisch fest, dass keines-
wegs die Kopfknochen leichter dazu disponieren oder Abs-
cesse nach Kopfverletzungen häufiger vorkommen als nach
Verletzung und Eiterung der Knochen des Rumpfes.
Früher glaubte man, dass ein gewisser Consensus zwischen
Kopf und Leber in dieser Hinsicht bestände, doch ist
selbstverständlich diese Ansicht eine völlig veraltete.

Dass die Leberabscesse bei Pyämie jedoch häufig als
nicht von dem Grundleiden, dem ursprünglichen Eiter-
herde ausgehend auzusehen sind, ist in sehr überzeugender
Weise von Virchow (Gesammelte Abhandlungen) nach-
gewiesen worden und auch ein Fall von Bückling (19. Fall)
spricht dafür. Virchow fand nämlich, dass Thromben,
die sich aus irgend einer Ursache in den Venenplexus
des Abdomens gebildet hatten, bei der Pyämie zerfielen
und auf diese Weise inficierende Emboli durch die Pfort-
ader in die Leber fortgeschwemmt wurden und hier zu
weiterer Eiterung Veranlassung geben mussten. Man
muss daher auch Thierfelder beipflichten, der meint,
dass man auf diese Weise die Entstehung der Leberabscesse
häufiger erklären könne, wenn man bei veränderter Blut-
beschaffenheit (Pyämischer Krasis Ichorrhämie) jedesmal
nach Thromben in den venösen Beckengeflechten suchen
wolle.

Das Zustandekommen von Leberabszess durch sog.
rückläufige Emboli von den Lebervenen aus, ist bis in die
Neuzeit Gegenstand von Untersuchungen und daher auch
von Controversen gewesen. Theoretisch wird man nach
Chvostek (Wiener Klinik 1881) wohl zugeben müssen,

dass unter besonders günstigen Umständen; also bei k
trächtlicher Verlangsamung der Cirkulation in der Leb
wie sie bei Herzschwäche und Lungenleiden besteht, E
boli aus dem rechten Herzen in die untere Hohlvene u
somit auch in die Venae hepaticae und ihre Wurzeln g
langen können. Doch hat die Sache in sofern noch kein
praktischen Wert, da nach Cohns Ansicht alle diesb
züglichen Experimente unter Bedingungen angestellt wu
den, die kaum jemals im menschlichen Körper vorkomm
dürften, und da bis jetzt auch noch kein vollkommen b
weiskräftiger Fall aus der Pathologie vorliegt. Thie
felder will hierher folgenden Fall aus dem Leipziger p
thologischen Institut rechnen: Ein etwa 15jähriger H
mophile, dem wegen erschöpfender Hämorrhagien d
Arteria und Ven. subclavia unterbunden worden wa
hatte am letzten Tage seines Lebens wiederholte Schütte
fröste; Bei der Section fanden sich neben jauchiger Thron
bose der genannten Vene nur in der Leber zahlreic
miliare Abscesse, die schon makroskopisch als in d
Centren der Acini sitzend erkannt wurden. Einen se
instruktiven ähnlichen Fall beobachtete Heller, in we
chem die Leber wegen Thrombose von einer carcinomat
entarteten und jauchig zerfallenen Mediastinaldrüse au
ging. Nach H. Meckels Ansicht (Gesammelte Abhan
lungen) ist eine derartige Entstehung von Leberabsce
garnicht selten. Versuche in dieser Hinsicht stellte
Gaspard, Cohn und Frerichs an und zwar wurde vo
den genannten Autoren Quecksilber in die Vena jugular
eingespritzt; bei der Section der Thiere wurden Quecl
silberkügelchen in den Lebervenen gefunden, ja, Gaspar
und Cohn bemerkten, dass sich kleine Abscesse um s
herum gebildet hatten. Doch ist dieses Experiment durch
aus kein Ausschlag gebendes, denn die Quecksilberküge
chen sind viel zu schwer und beweglich, um mit den g

röhnlichen Emboli auf eine Stufe gestellt werden zu önnen. Diesen Einwand suchte Heller (Deutsches Archiv für klin. Medic. 7) dadurch zu beseitigen, dass er inem Kaninchen feinen Weizengries, der, um die Quellung u verhüten mit Canadabalsam überzogen war, in die ugularvene brachte und darnach bei dem Thier metho- ische Compressionen des Thorax ausführte. Bei der Sektion es Thieres fanden sich in Zwergfell- und Lebervenen inzelne dieser Körnchen wieder. Heller meint nun, dass n den Lebervenen ein rückläufiger Strom unter denselben edingungen zu Stande komme, wie in der Iugularis, enn nämlich der intrathoracische Druck, wie bei der xspiration und bei Hustenstössen, denjenigen der Atmos- häre übersteigt, und in der That wird auch diese An- icht Hellers physiologisch gestützt, da der Kammer- ulsschlag in die klappenlose untere Hohlvene und die ebervenen sich stets fortpflanzt und hier den sogenann- en Leberpuls hervorruft. (Landois, Physiologie). Für as Zustandekommen dieser Art von Embolie trat in tzter Zeit L. Diemer in seiner Dissertation ein, in der r im wesentlichen die Embolie der Lebervenen mit dem hysiologischen Auftreten des Lebervenenpulses in Zu- ammenhang bringt.

Am klarsten und auch am häufigsten ist die Ent- tehung des Leberabscesses durch Embolien die dem fortadersystem angehören. Vor allem ist es das Wurzel- ebiet derselben, aus welchem die Embolien stammen, nur usnahmsweise sitzt auch der die Thrombose veranlassende rocess am Stamm oder an ihren Aesten. Fast alle Or- ane des Abdomens, aus denen die Pfortaderwurzeln ihren rsprung nehmen, können Sitz des primären inficirenden erdes werden. Manchmal gelingt es in derartigen Fällen ie eitrig zerfallenden Thromben in den Pfortaderwurzeln, ie bei unserem 2. Fall, nachzuweisen; in andern gelingt

es nicht. Man glaubt aber in diesen letztern annehme zu können, dass sowohl der Thrombus als auch der Em bolus früher vorhanden waren, doch zur Zeit der Unte suchung infolge von Zerfall nicht mehr nachweisbar sin Es finden sich in der Literatur manche Beobachtunge in denen die Abscessbildung in der Leber nach den Um ständen des Falles mit grösster Wahrscheinlichkeit vo einem Entzündungsherd im Gebiet der Pfortader abzu leiten ist, obgleich zerfallende Thromben nirgends i Pfortadersystem gefunden wurden. Wenn man aber be denkt, dass auch der kleinste infectiöse Bröckel genüg um Eiterung in der Leber zu erzeugen, so darf man des halb durchaus nicht aus dem Nichtauffinden eines pr mären Eiterherdes oder Thrombus, die sich entwickelnd Leberentzündung als eine idiopathische ansehn..

Schon vorher wurde darauf hingewiesen, dass die ver änderte Blutbeschaffenheit häufig als Ursache namentlic bei bereits vorausgegangener Thrombenbildung in Betrach gezogen worden ist, und dass nach unserer jetzigen An sicht über die Eiterung selbige nur da entsprechen kann wo parasitäre Gebilde, oder deren Abscheidungsprodukt auf das Gewebe einwirken. Zuerst wies Klebs (Beiträg zur path. Anatomie der Schussverletzungen Leipzig 187 daraufhin, dass die metastatischen Leberabscesse durch ei pflanzliches Gebilde das Microsporon septicum (Micrococcu septicus Cohn) hervorgerufen würden. Dieselben gelange nach Klebs mittelst des Blutstromes von der Wunde au auch in die Lebercapillaren, wo sie massenhaft wuchern und das Lebergewebe durch Druck zum Schwunde bringen und schliesslich Eiterbildung hervorrufen, mit deren Ein tritt die Pilzentwickelung zum Stillstand kommt. Nach den Untersuchungen von Birch-Hirschfeld (Archiv fü Heilkunde) fanden sich die Bakterien in den Lebercapilla ren schon vor der Eiterung vor und auch bei Lebzeiten

des betreffenden Individuums fanden sich Bacterien im Wundsekret und Blute teils frei, teils in und an den weissen Blutkörperchen; doch hat er durch subcutane Eiterinjektionen bei Kaninchen nur dann metastatische Eiterungen eintreten sehen, wenn in dem dazu benutzten Eiter Kugelbakterien vorhanden waren. Warum nun gerade an einzelnen Stellen der Leber die Bacterien haften bleiben und daselbst Eiterung erzeugen, während sie doch wohl mit dem Blut in alle Teile der Leber gelangen erklärt Thierfelder dadurch, dass wie Birch-Hirschfeld nachgewiesen hat, die mit Bakterien vollgestopften und daher beträchtlich vergrösserten weissen Blutkörperchen in denjenigen Capillaren der Leber stecken bleiben, welche in Folge der bei Pyaemie regelmässig vorhandenen trüben Schwellung der Leberzellen am meisten verengt sind. Sehr nachdrücklich hebt Gluck gerade diese Veränderung der Leberzellen als zur Entstehung eines Abcesses wichtig hervor, ein Umstand dessen noch später Erwähnung gethan werden soll.

Was die Häufigkeit der Entstehung der Hepat. suppurrat. aus primären Eiterherden und Ulcerationsprozessen in den Abdominalorganen anlangt, so steht, abgesehen von allen andern, die des Darmtraktus oben an. Bücking führt unter den 36 Fällen von Leberabscess 4 an, von denen sich Ulcerationsprozesse im Darm sicher nachweisen liessen; davon fielen 2 auf Abdominaltyphus, 1 auf Diphtherie des Rectums und 1 auf gangränöse Entzündung das processus vermiformis. Relativ häufig finden sie sich bei Geschwüren in proc. vermif. und im Coecum und auch bei Verletzungen des Mastdarms nach Operationen sind sie nicht selten beobachtet worden. Dagegen sind Beobachtungen, welche dafür sprechen, dass tuberculöse Darmgeschwüre zur Entwickelung von Leberabscess führen, nicht mit Sicherheit bekannt.

Vor allem hat das überaus häufige Zusammentreffe
von Dysenterie der Tropen und von Leberabscess zu de
Behauptung geführt resp. die Annahme nahe gelegt, das
diese Combination der beiden pathologischen Erscheinunge
kein blos zufälliges Nebeneinanderbestehen sei, sonder
dass sie in irgend einem causalen Zusammenhange ständen
Selbstverständlich hat auch diese Ansicht ihre Verteidige
und ihre Gegner gefunden. Am weitesten huldigte Bud
dieser Ansicht, indem er meinte, dass bei Dysenterie Ge
schwürspartikelchen und fötider Darminhalt resorbirt un
durch das Pfortadersystem der Leber zugeführt würden
Auch andere Autoren, wie Henle, Bamberger und Kleb
pflichten ihm bei. Bristowe, sowie Dutroulau und S
H. Ward dagegen sind der Ansicht, dass zwar beide
Krankheiten dieselbe Ursache zu Grunde liege, dass e
aber von Nebenumständen und individuellen Verhältnisse
abhänge, ob in dem einen Falle Leberabscess oder Dy
senterie in dem andern aber beide gleichzeitig oder nach
einander entstehen. Auch in die Reihe der Malariakrank
heiten ist die Hep. supp. gestellt worden, so von San
ders, Annecley, und Haspel; Morehead sucht ihr
Erklärung in der durch das Tropenklima erzeugten Ca
chexie. Frerichs und Hirsch erklären sich im allge
meinen gegen die embolische Genese des Leberabscesse
in den südlichen Gegenden und auch Thierfelder glaub
idiopath. Leberabscesse annehmen zu müssen. Die meiste
Autoren nehmen an, dass in den heissen Gegenden durch
die Einwirkung gewisser praedisponirender Momente, z
welchen auch Malaria und das Ruhrgift gehören
zunächst eine Leberhyperämie entstehe, aus der dan
durch eine Gelegenheitsursache sich die suppura
Hepatitis entwickele. Als solche Gelegenheitsursachen
sieht man Erkältung, namenlich aber den schnelle
Wechsel der Temperatur an, am meisten aber Alkoho

issbrauch (am weitesten geht hierin Sachs) und den enuss schwer verdaulicher Speisen. Namentlich wurde n Europäern, die in den Tropen sich nicht der dortigen veckmässigen Lebensweise anbequemten, sondern ihre tgewohnte beibehielten, der Leberabscess häufig beobach- t und damit erklärlich ist das überaus häufige Vor- ommen bei Männern gegenüber dem bei Frauen.

Nach der Zusammenstellung von Sachs kamen unter 13 Fällen von Leberabscess 107 auf Männer und nur 6 f Frauen und von den von ihm selbst beobachteten 3 Fällen in Aegypten betrafen 34 Männer und nur Weiber. Sachs meint nun, dass dies ungleiche Ver- ältnis nur in den, durch die klimatischen Verhältnisse edingten Lebensgewohnheiten und namentlich in der rnährungsweise beruhe. Darüber dürfte man auch kaum eteilter Meinung sein, dass auch in kälteren Klimaten, änner durch überreichliche Einfuhr von nicht immer veckmässigen Nahrungs- und Genussmitteln sich Krank- eiten häufiger zuziehen als Frauen. Sachs sagt: „Schon ngst ist uns die Einwirkung scharfer Gewürze, starken affees und besonders des Alkohols auf die Leber be- annt. Auch in den Ländern der gemässigten Zone ommen die als Folge hiervon auftretenden acuten und ehr noch die chronischen Leberhyperämien häufig vor. as insbesondere den Alkohol betrifft, so wirkt er hier ie es scheint fast als spezifisches Gift, und alle Beob- hter sind einig, ihn für das Zustandekommen der chro- schen interisitiellen Hepatitis als eins der wichtigsten ätiolo- schen Momente verantwortlich zu machen. Was der Alkohol r die chronisch entzündlichen Prozesse der Leber in kälteren egenden ist, das scheint die acute Hepatitis in heissen indern zu sein. Nach unseren Erfahrungen ist er bei eitem die häufigste Ursache, dass die unter dem Einflusse s Klimas und reizender Speisen leicht zu Stande

kommende Hyperämie in Entzündung und Absc
übergeht".

Wenn nun namentlich der genannte Autor noch h
vorhebt, dass zuweilen nach dem Genuss einer einmalig
ganz geringen Quantität Alkohols die Entstehung v
Leberabscess von ihm beobachtet wurde, wie bei ei
Cigarrenarbeiterin, welcher bei einer heftigen Gemüts
regung zur Beruhigung etwas „Eau de vie" gerei
wurde, und nach 14 Tagen infolge dessen an einer
Hepatitis zu Grunde ging, so geht er in seiner Behaupt
zu weit und ist diese Ansicht dann wohl kaum noch
vertheidigen. Man wird, abgesehen von dem letzte
und ähnlichen Fällen in dem Alkohol nicht mehr als
praedisponirendes aber kein ätiologisches Moment, sog
wie in der Malaria und allen anderen zur Cachexie führ
den Ursachen zu suchen haben. Namentlich ist
Malariacachexie von den verschiedensten Autoren als
Entstehung des Leberabscesses begünstigend herangezog
worden. Gluck teilt mit, dass in dem Hospital sein
Vaters zu Bukarest 28 an Dysenterie Verstorbe
unter denen sich 16 mit Leberabscess befanden, sämmtli
an chronischer Malaria gelitten hatten, ein Umstand,
jedoch von den Patienten wegen der ungemein
Häufigkeit dieser Affection bei der Anamnese
nicht erwähnt wird. Auch er sieht, wie Thierfelde
die Disposition, die die Malaria neben der allgemein
Cachexie zur Entstehung der supp. Hepatitis giebt in d
amyloiden und cirrhotischen Veränderungen, die die Lel
durch diese Krankheit erleidet, indem dann die Eit
coccen und Emboli in den verengten Gefässen haft
bleiben. In fast allen von ihm beschriebenen Fällen w
Amyloid resp. Cirrhose der Leber nachzuweisen. In ga
ähnlicher Weise könnte man sich nun das Zustand
kommen des Leberabscesses nach Alkoholgenuss erklär

nd dabei muss natürlich vorausgesetzt werden, dass bei en an Leberabscess Erkrankten vorher starker Alkoholebrauch bestanden hat und daher kann es auch wohl aum auffallen, wenn suppur Hepatitis nach Dysenterie amentlich bei in den Tropen sich aufhaltenden Nordndern, wie Soldaten, Kaufleuten und Matrosen angeoffen wird. Natürlich wird nicht in jedem Falle eine rhergehende, die Widerstandsfähigkeit des Körpers hwächende Ursache nachzuweisen sein, da sie entweder em Patienten nicht bewusst geworden ist, oder er sie abchtlich verschweigt, oft auch der Erwähung nicht für ert hält.

Von denjenigen Gegnern, die den Leberabscess der open in sehr vielen Fällen als idiopatischen ansehen, t behauptet worden, dass sehr häufig Dysenterie lange r Hepatitis suppur vorausgegangen sei. Wenn man jech bedenkt, dass der Leberabscess fast ebenso häufig sich ngsam entwickelt und wie er in vielen Fällen so erheinungslos verläuft, dass er erst auf dem Seciertisch agnosticiert wird, so darf dies nicht Wunder nehmen. s ist auch angegeben worden, dass die Hepatitis häufig r Dysenterie vorausgehe. Es ist jedoch möglich, dass e ersten Erscheinungen von Dysenterie nicht diagnostiert werden und dass später nur stärkere Recidive sich stellen. Theoretisch ist es auch durchaus nicht nötig, ss immer erst nach heftigen und stürmischen Veränderngen im Gewebe des Darmes Lebervereiterung sich ausdet, es kann sehr wohl der primäre Abscess sehr latent rlaufen und bei einer eventuellen Section braucht auch eht jedes Mal die schuldige Stelle gefunden zu werden. ich der Einwand, dass bei Dysenterie der Tropen, in ren Verlauf sich Hepatitis entwickelte noch nicht der atomische Nachweis geliefert worden sei, dass sie zur ldung von Emboli führe, ist in sofern hinfällig als auch

in vielen Fällen von Leberabscess in unsern Gegenc
derselbe nicht erbracht werden, in denen aber mit gros
Wahrscheinlichkeit auf den Ausgangspunkt geschloss
werden kann. Gluck hat nun aber in der That du
die von ihm mitgeteilten Sectionsprotokolle bewiesen, d
in mehreren Fällen die Darmvenen thrombosiert war
Dass auch die veränderte Beschaffenheit des Blutes h
von Einfluss sein kann, wurde vorher angegeben.
Gegensatz zu der Hepatitis unserer Gegenden, wurde au
angeführt, stände die der Tropen noch dadurch, dass di
meist unilokulär und gross, jene dagegen in zahlreich
kleinen Abscessen aufträte. Ein strikter Beweis ist d
nicht, denn das Auftreten der Abscesse sowohl bei u
wie in den Tropen ist anatomisch ganz dasselbe. I
zuweilen ausserordentliche Grösse ist dadurch zu erklär
dass sie durch das Confluieren kleinerer mehr in der Ti
gelegener Abscesse entsteht und der Prozess nur desh
als ein beinahe latenter erscheint, weil er mehr nach d
Centrum der Leber hin sich bildete. Schwierigkei
würde es vielleicht bereiten, zu erklären, warum nach
in der gemässigten Zone vorkommenden Dysenterie,
sich in nichts von der der Tropen unterscheiden s
nach den bisherigen Beobachtungen äusserst selten V
eiterungen der Leber auftreten. Denn es wurde na
Finger unter 231 in 2½ Jahren zu Prag und na
Burchardt unter 80 in den Kriegshospitälern zu Nan
an Dysenterie verstorbenen bei keinem einzigen bei
Obduktion ein Leberabscess gefunden. Hier müsste m
wenn man nicht annehmen wollte, dass das Gift, welc
die Dysenterie hervorruft, ein verschiedenes, in den Tro
also energischer wirkendes sei, wieder auf die Combinat
von Dysenterie mit Malaria und andern zu Marasm
führenden Insulten zurückkommen und gewiss kann n
allen Einwürfen gegen die Entstehung des Leberabsces

ich Dysenterie die von Gluck gefundenen Resultate
itgegenstellen.

Was den Ausgang des Leberabscesses anlangt, so
aren nach den Erfahrungen von Rouis von 163 tödt-
ch endenden Fällen 96, in welchen die Eiterung nicht
e Grenzen der Leber überschritten hatte; 17 wo mehrere
bscesse vorhanden waren, von denen nur ein Teil sich
f künstlichem Wege eröffnete, endlich 50, wo die
bscesshöhle ihren Inhalt nur aus der Leber entleerte.
er Eiter kann sich in alle der Leber benachbarten Or-
ane ergiessen oder seinen Weg direct durch die Bauch-
cken nach Aussen nehmen. Von diesen 30 nach aussen
ufgebrochenen Abscessen hatten sich 15 ihren Weg durch
e Bronchien direkt durch die Lunge, und 2 nach vor-
rigem Aufbruch in die Pleurahöhle gebahnt. Diesen
tzteren Fällen schliesst sich auch unser erster an, dessen
rankengeschichte zu berichten mir zunächst gestattet sei.

Fall I.

Carl M., Schiffskapitän aus J. ist 41 Jahr alt. Here-
tär ist er nicht belastet, seine Eltern leben beide noch
d sind gesund. Der Patient will sowohl in seiner
gend, wie im späteren Alter sich stets des besten
ohlseins erfreut haben, bis er im Winter 1881—82,
ihrend einer Reise auf Java von der dort endemisch
rrschenden Malaria befallen wurde. Noch krank musste
die Heimreise antreten, auf der er ein Recidiv von
termittens von zwei und dreitägigem Typus durchmachen
isste. Seit dieser Zeit ist sein Gesundheitszustand stets
schwankender gewesen, wenn er auch weiter keine
stliche Krankheit bis zum Anfang seines jetzigen
idens zu überstehen hatte, nur will er öfter von heftigen
pfschmerzen geplagt worden sein. Dieses jetzige Leiden
n datirt der Kranke auf den Monat März des Jahres 1886

zurück und er glaubt, dass er es sich durch den häufig
Genuss sehr kalter Getränke auf der Insel Mauritius geg
die dort bestehende starke Hitze zugezogen habe.
traten heftige kolikartige Schmerzen im Abdomen, v
bunden mit diarrhoischen blutig gefärbten Stuhlgäng
auf. Diese Schmerzen, die nach Aussage des Patien
vornehmlich in der regio umbilicalis sich concentrirt
waren so intensiv, dass sie ihm meistens die Nachtru
raubten. Die Kopfschmerzen waren ausserordentlich hef
der Appetit sehr gering, so dass der allgemeine
nährungszustand sehr darunter litt. Vorübergehend wu
dass Befinden des Pat. ein besseres, so z. B. in New-Yo
wo er sich in einem Krankenhause behandeln liess. B
nach seiner Rückkehr in die Heimath stellten sich
heftigen Schmerzen im Abdomen und zwar im erhöhtem Ma
wieder ein. Der Stuhldrang war ein ausserordentlich int
siver, ohne dass jedoch immer Defäcation erfolgte.
Tenesmus hatte sich seitdem nicht mehr verloren.
sich ausserdem bei dem Kranken noch Stiche in
rechten Seite zu seinem Leiden hinzu gesellten, so suc
er im August desselben Jahres ärztliche Hülfe im Kr
kenhause zu St. Es scheint daselbst die Affektion
rechten Seite als eine Pleuritis exsud. erkannt worden
sein, doch blieben die gemachten Probepunktionen oh
Erfolg. Fieber soll damals bestanden haben, doch ha
der Pat. weder über Athemnot noch über Husten u
Auswurf zu klagen. Da auch der Aufenthalt in St. i
nur vorübergehende Linderung verschaffte, so liess er s
am 3. Nov. in das hiesige Königl. Univ. Krankenh
aufnehmen.

Stat. praes. vom 3. Nov. 1886.

Der Patient ist ein grosser, kräftig gebauter und
allgemeinen gut genährter Mann. Die Haut und
sichtbaren Schleimhäute sind blass. Icterus ist nicht v

anden. Der Gesichtsausdruck ist ein finster und mürri-cher, und nicht immer antwortet der Kranke auf die an ihn gestellten Fragen. Bei der genauen Untersuchung eigt sich folgendes:

Systema respirat.

Die Form der Thorax ist eine regelmässige, die Brust st kräftig gewölbt. Beide Thoraxhälften dehnen sich bei er Inspiration gleichmässig aus. Die Perkussion der ungen ergiebt beiderseits in den Spitzen, sowie an der anzen linken Lunge normalen Schall, dagegen erhält erselbe rechts unten sowohl vorn wie nach der Rücken-äche hin typanitischen Beiklang. Bei der Auskultation ndet sich an den Stellen, die auch perkutorisch nichts athologisches erwiesen, vollkommen normales, vesikuläres thmen, dagegen zeigte sich rechts an den perkutorisch eränderten Partien ein diffuser Bronchialkatarrh, charak-risiert durch rauhes Athmen und kleinblasige feuchte asselgeräusche. Teilweise ist auch deutlich pleuritisches eiben zu hören. Der Pektoralfermitus ist nicht wesent-ch an dieser Stelle alteriert. Stiche stellen sich hier eim tiefen Athemholen ein, auch Husten mit reichlichem hleimig eitrigen und mit Blut untermischtem Auswurf t vorhanden. Die Respirationsfrequenz ist eine gesteigerte nd ziemlich oberflächliche; sie beträgt etwa 28—30 Athem-ige in der Minute.

Circulationssystem:

Der Herzspitzenstoss ist im fünften Intercostalraum nwärts von der papilla mamillaris schwach fühlbar. Die erzdämpfung ist von normaler Grösse, die Herztöne sind in. Der Puls ist regelmässig und kräftig; die Zahl der hläge beläuft sich auf 80 in der Minute.

Die Untersuchung des Digestionstractus zeigt die unge ziemlich trocken und etwas belegt. Der Appetit ; ein mässiger, der Durst nicht besonders gesteigert. Der

Stuhlgang ist dünnflüssig, erfolgt öfters am Tage u
unter heftigen kolikartigen Schmerzen. Dabei klagt
Kranke über fortwährend bestehenden Tenesmus u
Pruritus analis. Der Stuhlgang selbst zeigt insofern a
fallende Beschaffenheit, als sich in demselben eine gro
Anzahl von unverdauten Fettklumpen und blutig
Streifen finden. Die Leber ist bei Palpation und P
cussion nicht schmerhaft, doch wird sie etwas vergröss
gefunden. Auch die Milz überragt um ein Beträchtlic
die normalen Grenzen, palpabel jedoch ist sie nicht.

Der Urin wird in verminderter Menge entleert, ist
schwach saurer Reaktion und zeigt ein reichliches Se
mentum lateritium ist aber im übrigen frei von pathol
Bestandteilen.

Das Nervensystem zeigt insofern Anomalien als s
Patient fortwähreed in sehr übler Laune und gereiz
Stimmung befindet. Er klagt hin und wieder über Ko
schmerz und Schmerzen, die vom Genick nach den Arm
speziell nach dem rechten ausstrahlen. Der Sch
ist leidlich gut.

Die Körpertemperatur stieg Abends bis auf 38,6.

Stat. praesens vom 4. XI.

Die Temperatur schwankte zwischen 38,3 und 39
Die Stiche in der rechten Seite traten stärker auf, name
lich nach Hustenstössen; doch zeigte eine genauere Un
suchung dieselben pathologischen Erscheinungen wie
vorhergehenden Tage. Der Husten jedoch quälte
allem den Patienten sehr stark und bei jedem Hust
stoss wurde ein Sputum von rotbrauner bis chocolad
artiger Farbe zu Tage gefördert. Der Geruch dessel
war nicht abnorm. Die mikroskopische Untersuchung
gab ausser vielen weissen und roten Blutkörperch
Schleim und Alveolarepithelien nichts besonderes.
Menge des Sputums beträgt etwa 1—1½ Liter.

6. XI. Der Zustand des Patienten ist objektiv und subjektiv ein besserer. Die Stiche in der Brust, sowie Husten und Auswurf hatten etwas nachgelassen. Temperatur morgens 37,4, mittags 36,9, abends 38,4.

9. XI. Der Kranke klagt über sehr heftige Diarrhöe. Die entleerten Massen sind von wässeriger Beschaffenheit blutige Beimengungen waren heute nicht wahrzunehmen. Die Perkussion der rechten Infraclaviculargegend zeigt tympanitisch gedämpften Schall; bei der Auskultation findet sich unbestimmtes Athmen und klingendes Rasseln. Der Appetit ist leidlich gut. Die Temperatur, die morgens 37,2 betrug, stieg abends auf 39,2.

10. XI. Eine wesentliche Veränderung im Befinden des Kranken ist seit gestern nicht eingetreten. Das Sputum ist reichlich und ebenso gefärbt wie früher. Im Bereich des rechten mittleren und unteren Lappens ist der tympanitisch gedämpfte Perkussionsschall sehr deutlich ausgesprochen. Die Auskultationsphänomene sind dieselben geblieben. Die Diarrhöen haben etwas nachgelassen. Temp. morgens 38,1, abends 39,0.

13. XI. Der Patient befindet sich leidlich wohl. Der Stuhldrang hat sich etwas gelegt. Der Appetit ist gut. In der regio infracl. hört man beim Perkutieren den Ton des gesprungenen Topfes, bei der Auskultation unbestimmtes Athmen und klingendes Rasseln.

15. XI. Statt der früheren Diarrhöen besteht seit gestern Stuhlverhaltung. Der Appetit ist gut. Die Erscheinungen auf den Lungen sind dieselben geblieben. Die Temperatur überstieg nicht 37,6.

19. XI. Das Befinden des Kranken hat sich insofern geändert, als ein heftiger anfallsweise auftretender Husten sich eingestellt hat und durch welchen bedeutende Massen eines eitrigen Sputums von rotbrauner Farbe entleert wurden, so dass die Annahme einer grösseren Caverne in der

rechten Lunge wie sie auch teilweise durch die physikalische Untersuchung gestützt würde, gerechtfertigt erscheint. Im Uebrigen ist der Zustand ein leidlicher. Der Appetit ist mässig und auch die Stuhlverhaltung hat sich gehoben.

Temperatur morgens 36,7, mittags 39,0, abends 37,9

22. XI. Die Entleerung des blutig eiterigen Sputums in Anfällen besteht fort. Heftige Stiche in der rechten Schulter, die jedoch auf Druck nicht stärker werden, quälen den Kranken. Bei der Untersuchung des Herzens fällt der verstärkte 2. Palmonalton auf. Die Temperatur war nicht febril.

1. XII. Die physikalischen Erscheinungen von seiten der Lungen bestehen noch fort, doch befindet sich der Patient im allgemeinen besser. Sein Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig. Die Temperatur überschritt nicht 38,0°.

9. XII. Die Fieberbewegungen der letzten Tage waren ziemlich gering; die höchste Temperatursteigerung betrug 38,1, die heute 38,6 erreichte. Der Kranke klagt über starke Schmerzen im Abdomen. Die Stuhlgänge sind wieder diarrhöisch geworden und enthalten blutige Beimengungen. Die Expektoration des massenhaften Sputums ist wie früher dieselbe geblieben. Die rechte Thoraxseite erscheint gegenüber der linken bedeutend voluminöser.

10. XII. Der Zustand hat sich im Allgemeinen sehr seit gestern verschlimmert. Der Kranke kann sich nur noch mit Mühe im Bett aufrichten, um seine Athemnot zu bekämpfen. Der Stuhlgang wird unfreiwillig ins Bett entleert. Temperatur morgens 37,3, abends 38,6.

20. XII. Der Patient fühlt sich insofern etwas wohler, als der häufige Stuhlgang etwas gehoben ist. Die Mattigkeit ist noch eine hochgradige, sonst status idem.

Temperatur 38,8.

7. I. 87. Das Befinden des Kranken hat sich nicht wesentlich geändert.

13. I. Der Kräfteverfall ist ein ausserordentlicher, zumal die Diarrhöen in alter Heftigkeit wiedergekehrt sind. Temperatur 37,8.

Am 19. I. erfolgt unter den Zeichen allgemeiner Erschöpfung der Exitus letalis.

Sectionsprotokoll.

Ziemlich grosser, stark gebauter Mann von kräftigem Knochenbau; die Haut ist im allgemeinen weiss und mässig fetthaltig. Am Thorax fällt auf der rechten Seite eine ziemlich starke Hervorwölbung auf, welche von der 2. Rippe sich bis unter die Brustwarze erstreckt und in diesem Bezirk nichts von den Rippenvorsprüngen und Intercostalräumen erkennen lässt, welche sich links sehr deutlich abheben. Beim Einschneiden in der Mittellinie ergiebt sich ein starkes Oedem im Fettgewebe der rechten Seite. Die Muskulatur ist blassrot.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Leber stark nach abwärts gedrängt ist. Ihre Oberfläche ist hellrot glatt und glänzend. Die Dünndarmschlingen sind sehr anämisch etwas aufgetrieben und vom Netz bedeckt. Das Zwerchfell ist auf der rechten Seite stark der Bauchhöhle zugewölbt, links steht es im 5. Intercostalraum.

Bei der Eröffnung des Brustraumes bietet sich in dem Bezirk, welcher nach Entfernung des Brustbeins gerade frei liegt ein durchaus normaler Situs dar, da beide freien Lungenränder sich in der Mittellinie beinahe berühren und einen kleinen Teil des Herzbeutels zwischen sich lassen. Die linke Lunge erweist sich überall frei beweglich; sie ist etwas retrahirt; ihre Oberfläche ist sehr blut-

arm und von bläulich grauer Farbe. Die rechte Lunge dagegen ist ungefähr in einer Linie, welche mit der Rippenknorpelgrenze zusammenfällt mit der pleura costalis verwachsen. Beim Fortnehmen des Sternums reisst diese Verwachsung von der 2. bis zur 6. Rippe ein und hierdurch wird eine Eiterhöhle geöffnet, aus welcher sich etwa $2^1/_2$ Liter einer mit Blut untermischten Eitermasse ausschöpfen lassen. Das Herz zeigt im allgemeinen normales Verhalten. Die Milz dagegen ist sehr stark vergrössert, sie fühlt sich derb an, ihre Kapsel ist verdickt. Das Parenchym ist hellrot, die Trabekel wenig entwickelt, dagegen sind die Follikel stark vergrössert. Sie zeigt keine Amyloidreaction. Die Nieren sind beide vergrössert. Beim Aufschneiden zeigt sich die Rindensubstanz von gewöhnlicher Breite, jedoch getrübt. Die Marksubstanz ist sehr anämisch. Es wird die rechte Lunge mitsammt der Leber in toto herausgenommen. Dabei zeigt sich, dass die erwähnte kolossale Eiterhöhle zum Teil der Leber zum grösseren Teil der Lunge und auch teilweise der Pleura angehört und zwar derart, dass Diaphragma an der Convexität des rechten Leberlappens vollständig in den Abscess aufgegangen ist. Die Pleura an der Lungenspitze ist intact, da etwas unterhalb eine feste Verwachsung der beiden Blätter eingetreten ist. Die Innenfläche der Rippen ist teilweise rauh, da die Pleura zerstört ist. Das Lungengewebe vom Oberlappen bis zur Basis ist in eine weiche lockere Gewebsmasse verwandelt, welche in glatten Fetzen überall in die Abscesshöhle hineinragt. Nach der Leber zu besteht ein Defect im Diaphragma von rundlicher Gestalt und 7—10 cm Durchmesser. Der Abscess in der Leber wird rings von dem Leberparenchym durch eine deutliche alte pyogene Membran abgegrenzt. Die nächstfolgende Schicht des Gewebes ist in einer Zone von 1 cm Dicke in Fettmetamorphose

begriffen. Das übrige Leberparemphym ist durchaus normal. Der Magen ist im Zustande chronischer Entzündung. Im Dünndarm ist überall reichlicher gelber Inhalt. Im Coecum besteht eine kolossale Ulceration auf der Höhe der Falten mit tiefgehenden Geschwüren. Zwischen denselben befinden sich hier und da frische Follikularabscesse ohne eigentliche diphtherische Läsionen. Colon asc. und trans. sind relativ frei, jedoch finden sich ab und zu in der schiefrigen Schleimhaut thalergrosse Narben. Im tiefsten Abschnitt des Rektums finden sich wiederum Geschwüre mit unterminirten Rändern und eiterigen Grunde. Sie reichen bis tief in die Submucosa hinein. Die pathologische Diagnose musste somit lauten: Colitis et Proctitis chronica ulcerosa (dysenterica). Cicatrices coli et ulcera follicularia coeci. Hepatitis apostematosa; Perforatio diaphragmatis et pulmonis dextri. Pleuritis et pneumonia purulenta dextra Caries costarum. Hyperplasia chronica lienis Nephritis parenchymatosa. Gastritis chronica catarrhalis.

Fall II.

Auguste B. ist 58 Jahre alt und stammt aus G. Die Patientin wird somnolent in das Königl. Universitäts-Krankenhaus gebracht; es lässt sich daher von ihr direkt die Anamnese nicht erheben. Nach Aussage ihrer Angehörigen ist sie früher stets gesund gewesen, in den letzten Jahren jedoch litt sie viel an Cystitis. Sie machte mehrere Geburten durch und musste sich vor 12 Jahren in der gynäkologischen Klinik einer grösseren Operation unterziehen. Seit dem Sommer vorigen Jahres datieren gastrische Beschwerden, in deren Verlauf die Patientin stark abmagerte. Die Hauptsymptome waren Appetitlosigkeit, fader Geschmack und grosse Trockenheit im Munde, sowie häufiges Aufstossen und Erbrechen. Vor

etwa 14 Tagen trat eine Verschlimmerung des Leidens ein mit heftigen Schmerzen im Abdomen, Fieberbewegungen und häufigen starken Schüttelfrösten. Der Stuhlgang wurde stark diarrhoisch.

Status praes. vom 2. II. 87.

Die Kranke ist eine mittelgrosse, äusserst kachektisch aussehende Frau mit eingefallenen Wangen, tiefliegenden Augen und bleicher, graugelber Gesichtsfarbe, doch ist Icterus nicht vorhanden. Die Lippen sind blutleer der Panniculus adiposus ist äusserst schwach entwickelt. Der Gebrauch der Extremitäten ist infolge der grossen Schwäche unmöglich. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben und zeigt erhöhte Schmerzhaftigkeit unter dem processus xiphoideus sowie im ganzen Epigastrium. In der rechten Inguinalgegend tritt eine Hernie hervor, die sich zwar reponieren lässt aber ausserordentlich schmerzhaft ist. Auch links besteht in der Inguinalgegend ein kleiner Bruch, welcher jedoch weniger empfindlich ist. Erhöhte Resistenz ist am Abdomen nirgends zu constatieren. Die genauere Untersuchuug, die in folge der Schwäche der Patientin nur eine mangelhafte sein konnte ergab folgendes:

Digestionstractus:

Die Zunge ist trocken, mit dicken braunen Borken belegt und rissig, der Appetit ist sehr gering, der Durst dagegen stark. Ob nach Speiseaufnahme Schmerzen im Magen auftreten vermag die Patientin in folge ihrer Somnolenz nicht anzugeben. Erbrechen trat bis jetzt nicht ein. Der Stuhlgang, den sie unter sich lässt, ist dünn von gewöhnlicher Farbe und frei von irgendwelchen pathologischen Beimengungen. Bei der Untersuchung der Leber zeigt sich dieselbe etwas schmerzhaft und vergrössert.

Respirationssystem:

Die Excursionen des Torax sind gleichmässig auf beiden Seiten. Das Athmen, das unter fortwährendem Stöhnen vor sich geht, ist sehr oberflächlich. Die Frequenz beträgt etwa 28 in der Minute. Auskultatorisch und perkutorisch ist vorn auf den Lungen nichts nachzuweisen; auch ist weder Husten noch Auswurf vorhanden.

Systema Circulationis.

Die Herztöne sind äussert schwach aber rein; der Puls ist kaum zu fühlen; die Zahl der Schläge beträgt 120 in der Minute.

Systema uropoet.

Den Urin lässt die Kranke beständig unter sich. Eine durch Katheterisieren aufgefangene geringe Menge ist von gelblich trüber Farbe, zeigt saure Reaktion und nach dem Erkalten ein reichliches Sediment. Von pathologischen Bestandteilen ist ausser etwas Eiweis nichts nachzuweisen. Die mikroskopische Untersuchung des Urines zeigt Plattenepithelien, Urate und eine grosse Menge von Eiterkörperchen.

Bei der Untersuchung des Nervensystems fällt die hochgradige Benommenheit der Patientin auf, die sie im allgemeinen gegen Eindrücke von der Aussenwelt unempfindlich macht. Nur die Sensibilität ist bei Palpation einzelner Stellen des Abdomens, wie bereits erwähnt, ausserordentlich gesteigert. Die Prüfung der Sinnesorgane ist daher auch in Folge der Apathie der Kranken eine resultatlose, doch lässt sich constatieren, dass die Pupillen beider Augen gleichweit sind und auf Lichteinfall reagieren. Die Temperatur beträgt abends 37,4.

Status praes. vom 3. II.

Die Patientin hat die ganze Nacht stöhnend verbracht. Sie nimmt etwas flüssige Nahrung zu sich und ausserdem werden ihr Excitantien eingeflösst. Der Puls wird darauf etwas

kräftiger. Stuhlgang erfolgte mehrere Mal am Tage, doch wurde er ins Bett entleert. Der somnolente Zustand blieb den Tag über derselbe.

Die Temperatur betrug morgens 36,9; abends 38,0. Puls 120.

Status praes. vom 4. II.

Die Kranke hat sich heute etwas beruhigt, auch die Schmerzhaftigkeit des Abdomens hat etwas nachgelassen. Da der Puls wiederum sehr schwach ist, so erhält sie mittags ein 20 Minuten dauerndes Warmwasserbad von 28° wonach sich derselbe etwas hebt. Im Urin, der sehr trübe aussieht und neutral reagiert, findet sich reichlich Eiweiss. Fiebersteigerungen blieben aus, die Temperatur schwankte zwischen 35,2 und 37,6°. Puls 102.

Status praes. vom 5. II.

Auch heute blieb die Temperatur eine normale; sie bewegte sich zwischen 36,4 und 37°. Der Puls ist sehr schwach; er beträgt in der Minute 112. Sonst ist der Status derselbe wie am vorhergehenden Tage.

Status praes. vom 6. II.

Im Laufe des Vormittags befiel die Patientin ein sehr heftiger Schüttelfrost, nach welchem die Temperatur bis auf 39,6 anstieg und die abends eine Höhe von 40,1 erreichte. Die Anzahl der Pulsschläge betrug 132 pro Minute. Eine genaue Untersuchung, um das plötzliche Ansteigen der Temperatur zu erklären, konnte wegen grosser Schwäche der Kranken nicht vorgenommen werden. Die Respirationsfrequenz war eine beträchtliche, sie belief sich auf 44 Athemzüge.

Status praes. vom 6. II.

Die Temperatur, die am Morgen 39° betrug, sank mittags auf 37,5, stieg jedoch abends auf 39,5. Der Puls war ein fadenförmiger; er betrug 44 Schläge. Unter den

ichen des allgemeinen Verfalles erfolgte in der Nacht
n 7. zum 8. der exitus letalis.

Sectionsprotokoll.

Ziemlich kleine, schlanke, weibliche Leiche. Die Haut
weiss und schlaff, ihr Fettgehalt ein geringer. Das
domen ist tief eingesunken, die Haut daselbst enthält
Schwangerschaftsnarben. In der rechten Inguinal-
end ist eine alte vollkommen verheilte schmale Narbe
rtbar. Bei Eröffnung der Bauchhöhle sieht man das
reiche Netz vorliegen, von welchem rechts ein Stück
in den Leistenkanal eindringt und dort fest verwachsen
Der Kanal ist 5 cm. weit für einen Finger durch-
gig. Der Bauchfellsack ist glattwandig, grauweiss ohne
ren von Entzündung. Auch am innern Leistenring ist
Vorstülpung des Peritoneums zu bemerken. Auf der
en Seite kann man in den Leistenring ebenfalls bequem
dem Finger eindringen. Auch hier sind keine Ent-
dungserscheinungen wahrzunehmen. Ein abnormer
alt besteht in der Bauchhöhle nicht; das Peritoneum
feucht, glatt und glänzend. Am Herzen fällt nur die
se Form der Muskulatur auf; sonst ist daran nichts
normes vorhanden. In der rechten Pleurahöhle befinden
120 ccm einer trüben mit Fibringerinnseln unter-
hten Flüssigkeit. Die rechte Lunge ist erheblich ver-
nert; an der Spitze des Oberlappens sieht man zwei miliare
rherde durchschimmern. Das Parenchym daselbst ist
ichtet. Die linke Lunge zeigt etwas verminderten
gehalt. Auf dem Durchschnitt entleert sich eine
umige klare hellrothe Flüssigkeit. Im linken Ast der
ria pulmonal. steckt ein praller Embolus. Bei Heraus-
ne der Leber stösst man im rechten Lappen auf eine
minierende Stelle, aus der sich beim Einschneiden gelb-
r Eiter entleert. Beim tieferen Eindringen ergiebt sich,

dass der grössere Teil des rechten Lappens in die Eite
mit einbezogen ist. Die Eiterhöhle ist eine vielkamme
ausgekleidet von pyogener Membran; das übrige Le
parenchym ist von normaler Zeichnung und mittl
Blutgehalt. Die Milz ist mässig vergrössert, die Ka
verdickt, der Parenchym derb mit grossen deutli
Follikeln. In der rechten Niere besteht starke Hy
ephrose. Die Harnblase ist klein voll trüben U
Schleimhaut und Muscularis, durchsetzt von Hämorrhag
vielfach schiefrige Färbung. Im Rektum sieht man
6 cm oberhalb der Analöffnung stark hervortretende Hä
rhoidalvenen. Beim Einschneiden stösst man auf
jauchige Abscesse, deren einer haselnussgross ist,
zum teil von der mucosa bedeckt in der Submucosa l
während der andere die ganze Mastdarmwand durchs
und in einen pflaumengrossen Eiterherd ausserhalb
Rektums übergeht. In einzelnen der Venen werden kl
teilweise an der Venenwand festsitzende Thromben
funden. Der Uterus besteht nur noch aus dem Fun
An Stelle des cervix ist eine alte vollständig glatte Na
Zwischen Rektum und fundus bestehen alte Verwachsun

Diagnose. Proctitis et Periproctitis ulcerosa; Hl
titis apostematosa. Hernia inguinalis dextra chronica
posita. Mesenteritis chronica fibrosa. Cystitis chrc
haemorrhagica. Pyelonephritis et Hydronephosis de
Pleuritis dextra. Embolia arteriae pulmon. sinistr. Ar
tatio cervicis uteri.

Wirft man einen kurzen Rückblick auf die be
Fälle, so wird man folgendes zu berücksichtigen ha
In dem ersteren wog von Anfang an das klinische
einer Lungenaffektion vor. Nach den zuerst vorhand
Symptomen musste damals eine Pleuritis exsud. als w
scheinlich diagnosticirt werden, die dann im weiteren
lauf der Krankheit nach den vorliegenden Anzeichen

Empyem umwandelte, in die Lunge durchbrach und r die gewaltigen Zerstörungen anrichtete. Dass der öse Erguss in einen eitrigen übergehen konnte, dazu t die Darmaffektion, durch welche es möglich war, dass erkokken in das Blut traten genug Gelegenheit; und nentlich konnte man dies annehmen, da die Leber bei er Untersuchung keineswegs Symptome bot, die auf e solche Zerstörung hätten schliessen lassen. Das palogische Verhalten der am meisten inbetracht kommenı Organe beweist, dass der Prozess in den Lungen, nn auch zwar ebenfalls ein sekundärer, doch seine Enthung der Vereiterung der Leber verdankt und zwar folgenden Gründen: Das Lungengewebe war in frischem igem Zerfall mit phlegmonöser Infiltration der Septa riffen und es konnte also nicht zuerst betroffen sein. ch die periostischen Prozess an den Rippen waren zu ingfügig, als dass sie den Ausgangspunkt hätten bilden nen. Dagegen befand sich in dem Diaphragma ein 10 cm grosser Defekt und dies deutet bereits auf re Prozesse. Doch es ist kaum wahrscheinlich, dass störungen im Zwerchfell das primäre gewesen sind. Leberabscess war rings ausgekleidet von einer pyoen Membran und um diese herum war das Leberebe in Fettmetamorphose begriffen. Das Vorhandenı einer solchen Membran ist aber ein absolut sicheres hen, dass ein Abscess schon ein alter ist und daher n man mit Sicherheit den Anfang der Eiterung in die er verlegen, zumal das Diaphragma sehr wenig infolge er zahlreichen Lymphgefässe geeignet ist eine pyogene nbran zu bilden.

Wie bildete sich aber der Leberabscess? Zunächst nte man fragen, ob derselbe sich nicht durch Verung eines Echinococcussackes gebildet habe, worauf ı klinisch schon hingedeutet war. Doch es waren bei

der mikroskopischen Untersuchung des Sputums we
Haken noch Blasen gefunden worden und auch die Struc
der Membran sprach dagegen. Auch für die Entstehu
des Abscesses durch Entzündung der Gallenwege lies
sich keine Anhaltspunkte finden. Als einziger Weg bl
daher noch übrig die hochgradigen dysenterischen V
änderungen des Darms dafür verantwortlich zu mac
Der Kranke hatte lange Zeit an Malaria gelitten und
dieser Krankheit passt die grosse derbe Milz. Es gese
sich später Dysenterie hinzu und diese hatte die gewalti
Zerstörungen im Dickdarm und Rektum hervorgeru
Es ist daher kaum zu bezweifeln, dass die Ursache
den Leberabscess die Dysenterie war. Thrombosen in c
Wurzelgebiet der ven. port. sind allerdings nicht gefun
worden, doch wie vorher darauf hingewiesen wurde,
dies noch kein Gegenbeweis.

Im zweiten Falle traten vor allem Reizerscheinun
des Peritoneums in den Vordergrund die aus dem Sektio
befund sich zum teil erklären lassen, indem alte fibr
Verwachsungen gefunden wurden, die einen fortwähren
Reiz abgeben mussten. Namentlich die Stelle rechts
Abdomen, wo sich der Bruch gebildet hatte, war in fo
der Verwachsung des Netzes an diesem Punkte aus
ordentlich empfindlich, so dass zuerst an eine eingeklem
Hernie gedacht wurde, wofür jedoch weitere Anhaltspun
auch später nicht aufgefunden waren. Die Patientin se
konnte keine näheren Angaben über ihr Leiden mach
und eine eingehende Untersuchung war in folge
Schwäche der Kranken nicht angebracht, so dass
ganze Krankheitsbild ein ziemlich dunkles blieb, bis
Sectionsbefund darüber Aufklärung schaffte. Mit der E
stehung des Abscesses verhält es sich in diesem Falle ähnl
wie im ersten. Dass auch hier der Anfang in der Zerstörung
Lebergewebes weit zurückverlegt werden muss, bew

ebenfalls das Vorhandensein der pyogenen Membran. Hiermit fällt auch wie bei dem vorigen Fall die Annahme der Vereiterung eines Echinococcus. Die Patientin hatte vor einer Reihe von Jahren sich einer gynäcologischen Operation unterziehen müssen, doch der Wundverlauf schien ein ganz normaler gewesen zu sein. Sehr wohl aber kann die alte hämorrhagische Cystitis als das Primäre aufgefasst werden. Durch Resorption infectiöser Stoffe haben sich die periproctitischen Abscesse gebildet, die ihrerseits durch Thrombosirung der Hämorrhoidalvenen und durch Fortschwemmen von Emboli in die Leber den Anlass zur Abscedirung gegeben haben. Kleine teilweise der Venenwand anhaftende Thromben wurden in der That bei einer genaueren Untersuchung daraufhin gefunden.

Literatur.

Gluck: Über embolische Lebensabscesse nach Dysenterie. Inaugural-Dissertation, Berlin 1878.

Bückling: 36 Fälle von Leberabscess. Inaugural-Dissertation, Berlin 1868.

Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten.

Chvostek: Suppurative Leberentzündung. Wiener Klinik 1886.

Sachs: Operative Behandlung der Leberabscesse. Langenbeck's Archiv für Chirurgie.

Thierfelder: Suppurative Leberentzündung. v. Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Band VIII.

Lebenslauf.

Verfasser, ev. Confession, Sohn des Hofbesitzers *Gottlieb Schinke* und seiner Ehefrau *Mathilde*, geb. *Weicht*, wurde am 9. September 1859 zu Ellsnig, Kreis Neustadt O/S. geboren. Bis zum Herbst 1872 besuchte er die Elementarschule seines Heimatsortes und trat dann in die Sexta des städtischen Gymnasiums zu Neustadt O/S. ein, welches er Ostern 1881 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog hierauf, um Medizin zu studieren die Universität Greifswald. Nach Absolvierung seiner halbjährigen Dienstzeit mit der Waffe beim Pomm. Jägerbataillon No. 2, ging er Ostern 1882 nach Halle a/S., kehrte jedoch von dort Ostern 1883 zurück. Er begann am 17. April 1886 die medizinische Staatsprüfung, die er am 15. Juli desselben Jahres beendete. Am 29. Juli bestand er das Examen rigorosum. Vom 15. August hatte er die eine Assistenzarztstelle der hiesigen med. Klinik inne, und seit dem 1. Oktober genügt er seiner zweiten halbjährigen Dienstzeit im hiesigen Füsilier-Bataillon des 5. Pomm. Infanterie-Regiment No. 42 als einj.-freiw. Arzt.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Halle:

Prof. *Bernstein*. Prof. *Eberth*. Prof. *Solger*. Geh. Rat Prof. Dr. *Welker*.

In Greifswald:

Prof. *Arndt*. Geh. Rat *Budge*. Prof. *A. Budge*. Prof. *v. Feilitzsch*. Prof. *Gerstaecker*. Prof. *Grawitz*. Geh. Rat *Grohé*. Prof. *Haeckermann*. Prof. *Helferich*. Prof *Holtz*. Dr. *Löbker*. Prof. *Krabler*. Prof. *Landois*. Prof. *Limpricht*. Geh. Rat *Mosler*. Geh. Rat *Münter*. Dr. *Peiper*. Geh. Rat *Pernice*. Prof. *v. Preuschen*. Turnlehrer *Range*. Prof. *Rinne*. Prof. *Schirmer*. Prof. *Schulz*. Prof *Sommer*. Dr. *Strübing*. Prof. *Vogt*.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichen Dank aus, besonders aber Herrn Geh. Med. Rat *Mosler* seinem hochverehrten Chef, durch dessen Güte er als Assistenzarzt in der medicinischen Klinik angestellt wurde.

Thesen.

I.

Bei Hepatitis suppurativa ist der operative Eingriff zur Entleerung des Eiters dringend zu empfehlen.

II.

Das Antipyrin kann bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus die Salicylsäure nicht ersetzen.

III.

Metastasen in der Leber bilden keine Contraindication gegen die Exstirpation des carcinomatösen Rektums.